



N° de dossier :
Date de réception :

**Dossier médical de demande d'admission en Appartement de
Coordination Thérapeutique (ACT)- version janvier 2023**

**A adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin
coordinateur : 21 rue Malartic – 97400 SAINT DENIS**

Date d'écriture du dossier :
Nom du médecin demandeur :
Etablissement :
Service : N° de téléphone :
Mail :@.....
Fax : } **Pour retour de l'avis**

Identité du candidat à l'ACT :

Nom : Prénom :

Sexe : Masculin Féminin Transgenre

Date de naissance : Age : ans

Pour les candidats mineurs : Nom, prénom, date de naissance du parent accompagnant, lien de parenté:

.....
.....

Environnement médical :

Hôpital référent : Médecin référent :

Service : Téléphone :

Médecin généraliste (déclaré) : Téléphone :

Cabinet infirmier : Téléphone :

Environnement social :

Travailleur social en charge du dossier social SIAO: Mr/Mme.....

Structure/Etablissement :Service :

Téléphone :

Mail :@.....

Fax :

Mesure de protection juridique :

Pour retour sur l'avis

Situation actuelle :

Logement privé Hospitalisé Hébergement temporaire (précisez) :

Autre (précisez) :

Date de la demande SIAO :

Nom du dossier SIAO :

Association Rive Dispositif ACT

Association de la loi 1901

21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis

Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 – E.mail : contact-act@association-rive.org

SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) chronique (s) motivant la demande :

Date de début (découverte) de la maladie :/...../

Etat clinique et résultats paracliniques récents :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pathologies ou troubles associé(e)s :

➤ **Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique** oui non

Si oui, précisez la pathologie :

Si oui, traitement en cours:

Depuis combien de temps :

Médecin prescripteur :

Suivi psychothérapeutique : non oui Nom du professionnel.....

➤ **Conduites addictives** oui non

Si oui, préciser lesquelles :

.....
.....
.....

Suivi en centre spécialisé ou en médecine de ville : oui non

Si oui, nom et coordonnées du médecin spécialiste :

.....
.....
.....

➤ **Autres** oui précisez :..... non

.....
.....

Traitements en cours (joindre la dernière prescription) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

➤ **Indice de Karnofsky :** (voir tableau page suivante)

➤ **Déficiences retentissant sur l'autonomie ?**

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| - déficit moteur | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> modéré | <input type="checkbox"/> important |
| - déficit des fonctions supérieures | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> modéré | <input type="checkbox"/> important |
| - fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> temporaire | <input type="checkbox"/> permanent |
| - déambulateur/cannes | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> temporaire | <input type="checkbox"/> permanent |

➤ **Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?**

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - à la toilette | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ponctuelle | <input type="checkbox"/> permanente |
| - à la prise du traitement | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ponctuelle | <input type="checkbox"/> permanente |
| - à la prise des repas | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ponctuelle | <input type="checkbox"/> permanent |

➤ **Nécessité de prise en charge spécifique :**

- non soins(infirmiers, kiné...) à domicile hospitalisation à domicile

➤ **Autre :**

Argumentaire sur les besoins repérés justifiant l'orientation ACT hors besoin hébergement :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Accord et motivation du patient à intégrer les ACT : oui non autre.....

❗ Joindre une pièce d'identité, une attestation de sécurité sociale, un rapport médical complet et les ordonnances en cours

Date, signature et cachet du médecin

Association Rive Dispositif ACT

Association de la loi 1901

21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis

Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 - E.mail : contact-act@association-rive.org

SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B

N° de dossier :
Date de réception :

RGPD : *La transmission de vos données personnelles par le remplissage du dossier permet l'étude votre candidature au dispositif ACT.*

Les destinataires de données sont le responsable de traitement, le pôle médical du dispositif, ainsi que toute personne légalement autorisée à accéder aux données.

La durée de traitement des données est limitée au temps pendant lequel vous êtes candidats à l'entrée dans notre établissement, étant entendu que vous pouvez vous y désinscrire à tout moment.

Indice de Karnofsky

Description simple	%	Critères
Peut mener une activité normale Pas de prise en charge particulière	100%	Etat général normal - Pas de plaintes, ni signes de maladie
	90%	Activité normale - Symptômes mineurs - Signes mineurs de maladie
	80%	Activité normale avec difficultés - Symptômes de la maladie
Incapable de travailler Séjour possible à la maison Soins personnels possibles	70%	Capable de s'occuper de lui-même - Incapable de travailler normalement
	60%	Besoin intermittent d'une assistance mais de soins médicaux fréquents
	50%	Besoin constant d'une assistance avec des soins médicaux fréquents
Incapable de s'occuper de lui-même Soins institutionnels souhaitables	40%	Invalide - Besoin de soins spécifiques et d'assistance
	30%	Complètement invalide - Indication d'hospitalisation - Pas de risque imminent de mort
	20%	Très invalide - Hospitalisation nécessaire - Traitement intensif

Association Rive Dispositif ACT

Association de la loi 1901

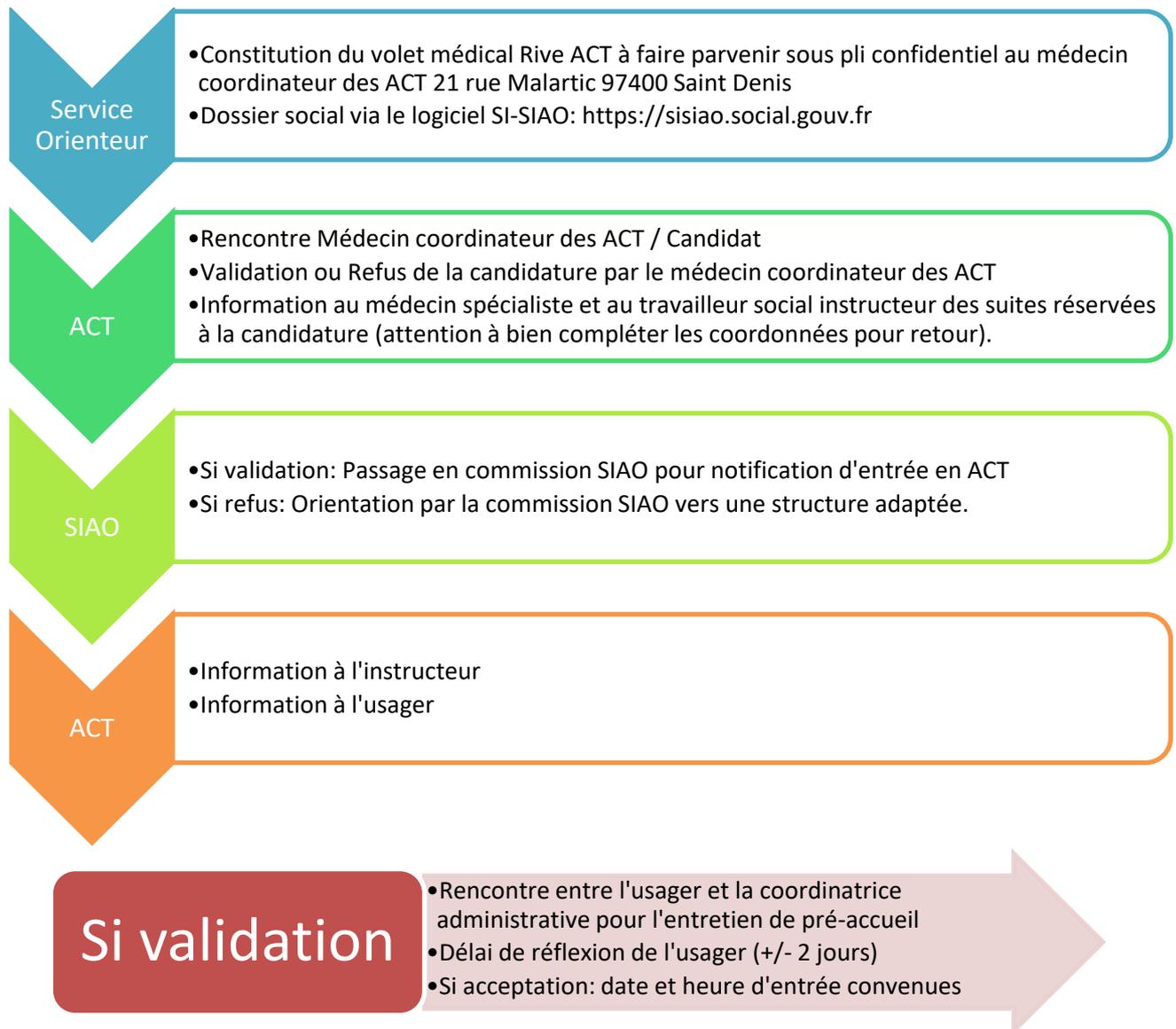
21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis

Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 - E.mail : contact-act@association-rive.org

SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B



PROCEDURE D'ADMISSION EN Appartement de Coordination Thérapeutique



**Le dossier de candidature, Volet médical est disponible
sur demande au 02 62 20 28 56**

Association Rive Dispositif ACT

Association de la loi 1901

21 rue Malartic – 97400 Saint-Denis

Tél. : 02.62.20.28.56 – Fax : 02.62.94.14.48 - E.mail : contact-act@association-rive.org

SIRET : 401 187 414 00057 – APE : 8899B